Yale Medical Library

Ueber Tuberkulome der Nase im Anschluss an zwei eigenartige Fälle von tuberkulösen Geschwülsten der Nase.

Inaugural-Dissertation

der

medicinischen Facultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt und nebst beigefügten Thesen

öffentlich vertheidigt

am Sonnabend den 25. Juli 1896, Mittags 12 Uhr

von

Walther v. Gerszewski,

prakt. Arzt.

Opponenten:

Herr Dr. med. **Christiani.**

Herr cand. med. **Sodan.**

Königsberg i. Pr.

Druck von M. Liedtke, Bergplatz 7.

1896.

Meinem

verehrten Onkel Fritz Knapke

in Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/uebertuberkulome0000walt

Die tuberkulösen Tumoren der Nase sind bis jetzt nicht häufig zur Beobachtung gelangt. Um so eher habe ich dieses Thema zu meiner Arbeit gewählt, als die von Herrn Dr. Kafemann beobachteten und mir gütigst zur Veröffentlichung überlassenen beiden Fälle noch ein besonderes, von den bis jetzt in der Litteratur erwähnten Fällen eigenartiges Interesse bieten, wie aus meiner Dissertation später zu ersehen sein wird.

Was die bis jetzt in der Litteratur veröffentlichten Fälle betrifft, so stammt die früheste Mittheilung von Riedel aus dem Jahre 1878.

Der Autor berichtet in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie 10. Band 1878 pag. 57 und 58 über zwei Fälle, bei einem 63jährigen Mann und einer 55jährigen Frau. Der Mann will stets gesund und kräftig gewesen sein. Aus der Krankengeschichte geht hervor, dass er den linken Nasenflügel zerstört und ein vernarbendes Geschwür daselbst hatte. Ferner sass eine haselnussgrosse Geschwulst auf der linken Seite des Septum cartilagineum. Wiederholte Auskratzungen waren erfolglos. Endlich hat Riedel dem Patientin die Nase gespalten, um die Geschwulst total entfernen zu können. Es traten aber

wieder Recidive ein. Der Tumor bestand aus gefässreichem Granulationsgewebe, in das massenhaft gefässlose, grosszellige Knoten eingelagert waren, denen die centrale Riesenzelle häufig fehlte. Lungentuberkulose liess sich nie nachweisen. Die Frau ebenfalls früher immer gesund, litt seit $1^1/_2$ Jahren an zunehmender Schwellung und Ulceration des Septums, die trotz Aetzungen nicht heilte, sondern zur Perforation führte. Der Tumor, der etwas kleiner war, wie in dem vorigen Fall, wurde auch exstirpirt. Doch die Heilversuche misslangen ebenfalls. Es folgten immer wieder Recidive. Die Geschwulst zeigte zahlreiche Tuberkel, die theils in das Granulationsgewebe, theils zwischen die Drüsenreste eingebettet waren. In den Lungen war nichts Pathologisches zu finden.

Weiterhin hielt Tornwaldt in der 53. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Danzig einen Vortrag über einen Fall von Tuberkulom der Nasenscheidewand. Hierüber ist berichtet im Deutschen Archiv für klinische Medizin 27. Band 1880 pag. 587.

Dieser Patient war 26 Jahre alt, stammte aus tuberkulöser Familie und hatte schon zweimal Blutsturz gehabt. Aus der Nase sei immer eine dicke, übelriechende, gelblich-graue Flüssigkeit ausgeflossen. Heiser sei er seit seinem 15. Lebensjahre. Die Untersuchung ergab Tuberkulose der Lungen, Ulcera des Kehlkopfes und in der Nase am vorderen Ende der linken unteren Muschel einen graurötlichen Tumor von halber Erbsengrösse, besetzt mit kleinen weisslichen Höckerchen. Tornwaldt entfernte den Tumor der Muschel, der nach Neumann

und Baumgarten sich als tuberkulöse Geschwulst erwies: In einem von kleinen Rundzellen infiltrirten Gewebe fanden sich umschriebene etwas grössere epitheloide Zellen und inmitten derselben auch einige unzweifelhaft Langhans'sche Riesenzellen. Die Geschwulst der Muschel kam nicht wieder.

Dann folgte Sokolowski mit einem Fall, citirt nach Hajek. Gazetta Lekarska 1887 No. 15.

Er beschrieb ein tuberkulöses Ulcus der Scheidewand, an dessen Rande sich tumorartige Granulationen fanden. Es waren Tuberkeln und Riesenzellen nachzuweisen, Tuberkelbazillen nur spärlich.

Zur selben Zeit erschien auch eine Arbeit Schäffers.

Er veröffentlichte sechs Fälle in der Deutschen medicinischen Wochenschrift 1887 No. 15, pag. 308.

Die Tumoren sassen alle dem Septum cartilagineum der Nase auf, waren breitbasig, bestanden aus Knoten und Knollen bis zu Nussgrösse, waren blassroth bis dunkelroth, körnig, leicht höckrig, bluteten leicht bei Berührung und hatten meist eine weiche, ja oft brüchige und morsche Consistenz.

Nach Dr. Nasse enthielten in zwei Fällen die extirpirten Theile ein gefäss- und zellreiches von vereinzelten feinen fibrösen Zügen durchsetztes Granulationsgewebe, welches zahlreiche, oft dicht bei einander liegende und zum Theil confluirende kleine Tuberkel mit sehr vielen grossen und schönen Riesenzellen aufwies.

Tuberkelbacillen konnten einmal nur in sehr geringer Menge, im anderen Falle aber etwas häufiger nachgewiesen werden. Vier Kranke waren mehr oder minder

hereditär belastet, doch konnte in den Lungen nichts nachgewiesen werden.

Trotz sorgfältiger Extirpation und Aetzung kam es zu Recidiven, sodass Schäffer noch nie einen vollständigen Stillstand des Prozesses konstatiren konnte. Ein Jahr später publicirte Michelson drei Fälle. Ueber Nasensyphilis. Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge No. 326, 28. Nov. 1888.

Einer dieser Fälle ist als Nasentuberkulose anzusprechen. Es war hier eine stark perichondritische Auftreibung des Septum cartilagineum mit ulcerösem Zerfall, bei welchem wiederholt die granulirenden Massen ausgekratzt wurden. Es zeigten sich theils gut erhaltene, theils verkäsende, echte Tuberkel; aber Bacillen konnten nicht nachgewiesen werden. Wenn auch nicht direkt hier von Tumoren die Rede ist, so mag das seinen Grund darin haben, dass der eigentliche Tumor schon vor Beginn der Beobachtung zerfallen war.

Der zweite Fall wurde als Syphilis erkannt, und der dritte ist der von Hajek 1889 selbstständig beschriebene. Die Tuberkulose der Nasenschleimhaut. Wien 1889, Wilh. Braumüller.

Der Autor fand bei einem dreissigjährigen Mann nebst einem Geschwür des Septum cartilag. auch einen haselnussgrossen Tumor in einer Choane ausgehend vom Velum. Die Geschwürsgranulationen ergaben Anfangs keine Spur von Tuberkulose, obwohl der Patient vor 8 Jahren Haemoptoe gehabt hatte. Erst die histologische Untersuchung des Tumors im Nasenrachenraum, der leicht mit der Schlinge entfernt werden konnte, ergab

Granulationsgewebe mit zahlreichen fibrösen Zügen durchsetzt mit sehr spärlichen Riesenzellen; an einer ulcerirten Stelle der Geschwulst fanden sich Tuberkelbacillen und ebenso solche auch in den tieferen Partien der Granulationen, welche das Septumgeschwür umgaben. Nach Entfernung des Tumors kam es zu Recidiven, in denen spärliche Bacillen nachgewiesen werden konnten. In der rechten Lungenspitze hatte schon kleinblasiges Rasseln begonnen.

Ein Jahr vorher — Wiener klinische Wochenschrift 1888 No. 50 — stellte Juffinger, Assistent Schrötters, in der Gesellschaft der Aerzte in Wien eine 21jährige schwächliche Frau vor, deren 12 Geschwister an Lungenerkrankungen gestorben waren. Die Patientin hatte in der Nase am Septum cartilag. einen haselnussgrossen Tumor. Nach Entfernung desselben kam es wieder zu Recidiven. Die Untersuchung der Geschwulst durch Prof. Kolisko ergab Tuberkulose. Es wurden auch Tuberkelbacillen nachgewiesen. Die rechte Lungenspitze war infiltrirt.

Rethi beschreibt in der Wiener med. Presse 1893 No. 19 einen Fall von Tuberkulose der Mundhöhle mit Durchbruch in die Nasen- und Kiefernhöhle in Geschwürsform, wobei es aber in der Nase zu starker Schwellung einer Nasenmuschel und des Septum kam.

Dansac erwähnt in dem Werke: Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Juni 1893 einen Patienten, welchem unregelmässige, höckrige, bewegliche, leicht blutende und granulirende Geschwülste des Septum beobachtet wurden. Dieselben

enthielten viele Riesenzellen in Tuberkelknötchen und besonders in den peripheren Zonen zahlreiche Bacillen.

Dann hat Chiari im Fränkel'schen Archiv für Laryngologie Berlin 1894 sechs Fälle veröffentlicht.

Die Patienten waren drei männliche im Alter von 16, 29 und 40 Jahren, und drei weibliche 9, 12 und 42 Jahre alt.

Die Tumoren sassen alle am Septum, theils einseitig, theils beiderseits. In zwei Fällen war das Septum perforirt. In fünf Fällen waren die Lungen gesund, im sechsten wurden sie nicht untersucht. Es kam meistens zu Recidiven. Hereditär belastet war kein Patient, doch ging einer ein halbes Jahr nach der Behandlung an miliarer Tuberkulose zu Grunde.

Der histologische Befund war in den sechs Fällen der gleiche: Tuberkulöse Infiltrate, in den meisten Fällen Riesenzellen und die den Tuberkelbildungen zukommenden Erscheinungen; jedoch nur bei vieren Tuberkelbacillen.

Die 20 Fälle, welche Störk in seinem Lehrbuch: Die Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs, Wien 1895, zusammengestellt hat, sind allerdings nicht alle Tumorenformen. Er spricht in seiner Abhandlung von Tuberkulose der Nase im Allgemeinen. Eine strenge Abgrenzung der einzelnen tuberkulösen Processe der Nasenschleimhaut ist in der That nicht durchführbar; aber wie jetzt schon aus den angeführten Beispielen zu ersehen ist, hat man schon eine besonders aussehende Art von tuberkulöser Erkrankung des Naseninnern beobachtet, welche man als tuberkulösen Tumor, als Tuberkulom der Nase bezeichnet.

In sechs Fällen handelt es sich jedoch auch bei Störk um Tumoren.

Da dieselben nur tabellarisch angeführt sind, so ist nicht viel daraus zu entnehmen.

So viel sei mitgetheilt, dass in vier Fällen die Geschwülste ihren Sitz am Septum cartilag. hatten, in einem an der linken unteren und mittleren Muschel. In einem Fall ist der Sitz nicht genauer angegeben. Einmal war das Septum perforirt.

Drei Patienten hatten Infiltrationen in den Lungenspitzen und Bacillen im Sputum, bei dreien war der Lungenbefund normal.

Die von Herrn Dr. Kafemann beobachteten Fälle, die ich hier veröffentlichen will, weil sie, abgesehen von dieser seltenen Nasenerkrankung überhaupt, noch besondere Eigenheiten haben, sind nun folgende:

Erster Fall.

Anamnese.

Die Lehrerfrau L. N., 24 Jahre alt, aus Neuhof bei Elbing, war im Jahre 1891 an einem Nasenübel erkrankt, dessenwegen sie sich an das Städtische Krankenhaus zu Königsberg wandte, um von Herrn Prof. Schneider Hilfe zu erbitten.

Aus der damals geführten Krankengeschichte ist dieses zu entnehmen:

Die Frau ist ihres Leidens wegen bereits einmal in einer kleinen Stadt kauterisirt worden; jedoch ohne Erfolg.

In der rechten Nasenhöhle sitzen grauröthliche tumorartige Wucherungen vielfach an der Oberfläche ulcerös

zerfallen. Der Grund der Ulcera ist speckig. Sie nehmen die Gegend der oberen Muschel und des knöchernen Septum ein. Das rechte Nasenbein ist zerstört, und die Nase an dieser Stelle deutlich durch den Tumor vorgewölbt. Die linke Nasenhöhle ist frei. Die Patientin entleert ein graugelbes, mitunter blutiges Sekret aus der Nase. Der Lungenbefund ist normal.

Da eine Operation auf rhinoskopischem Wege nicht mehr ausführbar erschien, eine solche auch bereits ungenügende Resultate ergeben hatte, wurde eine Spaltung der knöchernen Nase vorgenommen, und die Geschwulstmassen sammt den verweichten Knochen, darunter auch ein Theil des Nasendaches extirpirt.

Von vorherrein war die Diagnose auf Sarkom gestellt worden. Die mikroskopische Untersuchung der exstirpirten Masse im Königl. pathologischen Institut ergab ein überraschendes Resultat: Tuberkulose.

Zunächst trat nun eine vollkommene Heilung ein, freilich mit einer enorm tiefen, das Gesicht ungemein entstellenden Depression. Es bildeten sich aber bald Recidive; und in ungefähr halbjährlichen Zwischenräumen wurde die Patientin noch dreimal in der gleichen Weise wie das erste Mal operirt. Am 7. Juli 1893 wurde die Frau dann wieder als geheilt entlassen.

Da sich das alte Leiden womöglich noch im verstärkten Maasse abermals einstellte, kam die Patientin im Jahre 1895 in die Behandlung des Herrn Dr. Kafemann.

Es wurde Folgendes festgestellt: Die Frau ist vor 1891 immer gesund gewesen. Sie ist nicht hereditär

belastet, hat einen gesunden Mann und vier gesunde Kinder.

Sie giebt an, durch die Nase schlecht athmen zu können und ein eitriges, oft blutiges Sekret aus derselben zu entleeren.

Status.

Mittelgrosse, magere, 28 Jahre alte weibliche Person mit frischer Gesichtsfarbe.

Die Untersuchung der inneren Organe, speciell der Lungen ergiebt vollkommen normale Verhältnisse. Der Lungenschall ist nicht gedämpft, die Athmung ruhig, überall vesikuläres Athmen ohne Nebengeräusche.

Aeussere Nase:

Stark ausgesprochene auf Verlust des Nasendaches und der oberen Hälfte des knöchernen Septum beruhende tiefe sattelartige Depression. In der Medianlinie ist eine breite Narbe.

Rhinoskopischer Befund:

Das Septum cartilagineum und osseum zeigt eine geringe Derivation nach rechts. Ungefähr vom vorderen Ende der mittleren Muschel ausgehend zieht sich arkadenartig ein Narbenstrang zum Septum herüber. Unmittelbar hinter diesem Nebenstrang stösst man mit der Sonde auf einen Defect dem oberen Abschnitt des knöchernen Septum angehörend. Die Ränder jener Narbe sind mit bei Berührung leicht blutenden reichen Granulationen von blassrosa Aussehen garnirt; letztere füllen ferner den Hohlraum aus, welcher hinter der Narbe gelegen ist und

gebildet wird durch das nur noch aus Narbengewebe bestehende Nasendach. Auch die Perforationsränder der Septums sind besetzt mit diesen Granulationen.

Es findet sich ferner ungefähr in der Mitte des Septum osseum in der Höhe des unteren Randes der mittleren Muschel ein etwa erbsengrosser, breitbasig aufsitzender Tumor mit feinwarziger Oberfläche, welcher gleichfalls bei Berührung blutet, und ein leicht bläulich-rosa Aussehen hat.

Fast genau an der correspondirenden Stelle linkerseits sitzt eine analoge Geschwulst von Linsengrösse, die sich nur durch ihre Grösse von der rechtsseitigen unterscheidet, die, wie vorhin erwähnt, erbsengross ist.

Ausserdem waren am vorderen Ende der unteren Muschel auf der dem Nasenboden zugewendeten Seite vereinzelte stecknadelkopfgrosse Granulationen.

Im Pharynx und Larynx war nichts Pathologisches zu finden.

Der geschilderte Befund war ein derartiger, dass eine Entfernung der granulirenden Massen per vias naturales durchaus ausführbar erscheinen musste.

Die im Gebiet der Nasendachnarbe, besonders an den Rändern derselben liegenden Granulationsmassen wurden mit dem scharfen Löffel entfernt, und der Geschwürsgrund äusserst energisch mit dem Galvanokauter geätzt.

Die Tumoren der knöchernen Nasenscheidewand wurden mit der kalten Schlinge beseitigt. Die hierbei auftretende Blutung war gering.

Der Geschwürsgrund wurde dann wieder mit dem Galvanokauter geätzt. Die mikroskopische Untersuchung der excidirten Partieen ergab wiederum: Tuberkulose.

Es fand sich feinfasriges Gewebe, in welches reichlich miliare, submiliare und grössere Knötchen eingelagert waren. Die grösseren begannen bereits vom Centrum aus zu verkäsen; letzteres war von einem Wall von epitheloiden Zellen umgeben, während nach der Peripherie zu Zellen lagen, die der Form nach mehr an Lymphocyten erinnerten. In den noch nicht verkästen Knötchen enthielt das Centrum hier und da Riesenzellen mit halbmondförmig aneinander gereihten Kernen.

Trotz grosser Mühe konnten Tuberkelbacillen nicht aufgefunden werden. Patientin begab sich nun nach Hause. Doch erschien sie bereits fünf Monate später wieder mit der Angabe, dass der sie behandelnde Arzt in der Heimath Neuhof frisch auftretende Wucherungen bemerkt hätte.

In der That sassen beiderseits nahe jener Stelle, an welcher die Septumtumoren gewesen waren, kleine hirsekorngrosse Vegetationen, deren Entfernung keine Schwierigkeiten bereiten konnte.

Eine mikroskopische Untersuchung fand dieses Mal nicht statt, weil man auf Grund der früheren histologischen Untersuchungen recidivirende tuberkulöse Tumorbildung anzunehmen berechtigt war.

Ein halbes Jahr später fand ein neues Recidiv statt, mit welchem sich die Patientin vorstellte. Seit jener Zeit — es ist ungefähr ein Jahr verflossen — hat sich die Frau nicht wieder sehen lassen.

Bevor ich zur Epikrise übergehe, möchte ich erst das anführen, was für die Aetiologie und Diagnose der tuberkulösen Tumoren an sich beachtenswerth ist.

Was die Frage der Aetiologie betrifft, so erfolgt zunächst eine Infection durch den Tuberkelbacillus, entweder durch Einathmung in die Lunge, und sekundär durch den Blut- und Lymphstrom nach der Nase vertragene Tuberkulose, oder bei einer Verletzung der Nasenschleimhaut können sich hier Tuberkelbacillen festsetzen, welche erstens von dem Lungensputum der Patienten selbst herrühren, oder zweitens durch den mit Tuberkelbacillen verunreinigten kratzenden Fingernagel eingeführt werden.

Auf diese Arten entsteht die Tuberkulose des Naseninnern an sich. Moritz Schmidt spricht sich nun über das Auftreten derselben in seinem Lehrbuch: die Krankheiten der oberen Luftwege so aus, dass er vier verschiedene Formen annimmt: Infiltration, Geschwür, Tumor und miliares Knötchen. Diese vier Formen können getrennt oder in mehrfacher Verbindung vorkommen. Die Infiltration kann ganz allein vorhanden sein und sich sehr lange erhalten, ehe sie zur Geschwürsbildung führt, oder wieder aufgesogen wird. Das Geschwür wird man wohl selten ohne Infiltration zu sehen bekommen, meistens sogar mit erheblicher Infiltration. Der Tumor tuberculosus findet sich oft allein, dagegen das miliare Knötchen wohl nie ohne andere Zeichen tuberkulöser Erkrankung in der Nachbarschaft. Weiter nun der Vorgang, wie aus einer solchen vorhin erwähnten inficirten Excoriation ein Tuberculom entsteht,

ist noch nicht bekannt. Chiari hält es für am wahrscheinlichsten, dass zunächst ein tuberkulöses Geschwürchen hervorgeht, welches, weil keine Beschwerden machend, meist übersehen wird. Es spriessen nun aus dem Boden und Rande des Geschwürchens Granulationen, die zusammenfliessen und rauhe Höcker bilden, an welchen Schleim antrocknet; diese so gebildeten Krusten werden theils durch den Luftstrom, theils durch den Finger entfernt, wobei es öfters blutet. Erst diese Blutungen können nun den Kranken veranlassen, den Arzt zu befragen, oder die Krustenbildung kann solche Grade erreichen, dass die Nase verlegt wird. Endlich aber ist es möglich, dass die inficirte Excoriation schnellt heilt, nachträglich aber an dieser Stelle ein Tumor heranwächst, der lange keine Symptome macht, bis er endlich durch seine Grösse die Luftcirculation hindert.

Warum manchmal auf die Infection ein schnell weitergreifendes Geschwür und in anderen Fällen ein Tuberkulom entsteht, ist ebenfalls eine kaum zu beantwortende Frage. Vielleicht hat darauf die Widerstandsfähigkeit des Individuums oder die Virulenz und Zahl der Bacillen Einfluss.

Aus dem vorhin Gesagten ergiebt sich nun für die Diagnose Folgendes:

Die Krankheitssymtome, welche die tuberkulösen Geschwülste machen, erweisen nichts Specifisches. Die Patienten klagen meistens über länger bestehenden, gelblichweissen Ausfluss aus der Nase, über Blutungen und Krustenbildung, erst später über Verstopfung und Athembeschwerden. Die äussere Nase ist manchmal etwas auf-

getrieben. Schmerzen treten nie bedeutend auf. Doch kommt es auch vor, dass ein Tumor überhaupt keine Beschwerden macht.

Vor allen Dingen ist es nothwendig, den Allgemeinzustand der Patienten zu beachten. Bei Individuen, die noch anderweitige tuberkulöse Herde, besonders solche in den Lungen aufweisen, wird die Diagnose schon nach dem Ergebnis der äusseren lokalen Untersuchung und dem klinischen Verlauf nicht schwer zu stellen sein.

Bei primär auftretenden Geschwülsten jedoch wird erst der histologische Befund die tuberkulöse Natur erkennen lassen.

Positiv sicher aber wird die Diagnose immer erst durch den Nachweis von Tuberkelbacillen gestellt werden.

Epikrise.

Wie sich aus der Anamnese ergiebt, ist die Frau stets gesund gewesen. In Sonderheit waren auch die Lungen ganz normal. Da der Tumor in kürzerer Zeit nicht nur die Weichtheile und den Knorpel, sondern auch das knöcherne Nasendach ergriffen hatte, so musste er zunächst und ist auch für eine maligne Geschwulst gehalten worden. Der äussere Befund des Tumors sprach für Sarcom; und deshalb wurde auch zuerst die Radicaloperation gemacht. Erst die mikroskopische Untersuchung excidirter Theile ergab das überraschende Resultat:

Tuberkolose.

Um so leichter konnte man hier zu der falschen Diagnose gelangen, als in den bisher in der Litteratur

veröffentlichten Fällen von Tuberkulomen der Nase, die Geschwülste höchstens einmal infolge der mehrfachen Recidive und Eingriffe eine Perforation des Septum osseum herbeigeführt, nirgends aber, wie in diesem Falle, auch das ganze knöcherne Nasendach ergriffen hatten.

Und deshalb eben ist dieser Fall interessant und abweichend von den anderen. Ferner zeichnet sich dieser Fall durch den Sitz der einen tuberkulösen Geschwulst an der oberen Muschel aus. Auch diese Localisation ist allen anderen bis jetzt veröffentlichten Fällen fremd. Bei ihnen wurde meistens das Septum cartilag. betroffen, nur zweimal die untere Muschel, und einmal die untere und mittlere Muschel.

Die Diagnose „Tuberkulöser Tumor“ konnte hier ohne histologische Untersuchung überhaupt nicht gestellt werden. Die Lungen waren gesund, die Frau war nicht hereditär belastet, die Krankheitssymptome boten nichts Specifisches.

Die mikroskopische Untersuchung ergab zwar charakteristische Kennzeichen für Tuberkulose, aber keine Tuberkelbacillen. Trotzdem möchte ich keine Bedenken tragen, die Geschwulst für einen tuberkulösen Tumor zu halten. Auch Michelson, Schaeffer und Chiari verfahren ebenso. Letzterer giebt noch folgende Zusammenstellung: Bis jetzt werden im Ganzen in der Litteratur 21 Fälle von Tumoren tuberkulöser Art (tuberkulöse Granulationsgeschwülste oder Tuberkulome) genauer beschrieben. Nur in 11 Fällen davon wurden Tuberkelbacillen nachgewiesen; histologisch allein wurde die Diag-

nose sechsmal gestellt und viermal blos nach dem klinischen Verhalten.

Ueberhaupt sollen nach Angabe der Autoren Bacillen meist sehr spärlich in den Tuberkulomen nachzuweisen sein.

In Betreff der Aetiologie in dem einzelnen Falle nun kommt in Betracht, ob das Individuum vor der Erkrankung der Nase an Tuberkulose der Lungen gelitten hat.

Soweit die Angaben in der Litteratur lauten (welche Chiari zusammengestellt hat), fand dies nur in 8 Fällen statt. Dreimal fehlte jede Angabe über den Zustand der Lungen. In 16 Fällen aber wird ausdrücklich erwähnt, dass die Untersuchung der Lungen keine Anzeichen für Tuberkulose ergab. Dagegen waren sieben Patienten theils hereditär belastet, theils skrophulös, sodass man bei fünfzehn mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen hat, dass die Infektion der Nasenschleimhaut vom eigenen Organismus aus erfolgte, sei es auf dem Wege durch das Sputum, von dem Theilchen auf excoriirte Stellen der Nasenschleimhaut gelangten, sei es auf ähnlichem Wege, wie lokale Gelenktuberkulose bei skrophulösen Individuen entsteht, etwa durch die Lymphbahnen.

Bei 9 Fällen bleibt nur die Annahme übrig, dass die Infektion von aussen, durch Verunreinigung von leichten Exkoriationen des Septum cartilag. mit tuberkelbacillenhaltigem Sekret erfolgte. Die Möglichkeit dieses Infektionsmodus liegt zwar auch für die anderen Fälle vor, ist aber für die 9 Fälle höchst wahrscheinlich, da die Localisation dafür spricht.

Schon Schaeffer betont nämlich, dass die erste Infektion das Septum cartilag. betrifft; und daher war

in den meisten Fällen auch der Sitz der tuberkulösen Geschwülste an der Stelle, wo so häufig Excoriationen entstehen, nämlich am Septum cartilagineum. Daher ist es als eine grosse Seltenheit zu betrachten, dass der Sitz, wie in unserem Falle, auch die oberste Muschel betraf. Da sich auch weiter unten Granulationsgeschwülste zeigten, so muss man wohl annehmen, dass die oberste Muschel erst sekundär ergriffen worden ist. Immerhin bleibt diese Localisation eine seltene.

In unserem Falle ist die Erkrankung als eine primäre aufzufassen, da der Befund der anderen Organe, speciell der Lungen, vollkommen normale Verhältnisse aufwies, die Frau während der ganzen Beobachtungszeit gesund geblieben ist, und sich auch bei ihren Kindern keine tuberkulösen Erscheinungen zeigten.

Die erste Infektion wird aus demselben Grunde von aussen stattgefunden haben. Strauss spricht: „citirt im internationalen Centralblatt für Laryngologie“ davon, dass sich überhaupt in der Nase auch bei gesunden Menschen eine Menge Tuberkelbacillen finden. Dass aber doch relativ selten in der Nasenhöhle primäre Tuberkulöse beobachtet wird, könnte man vielleicht dadurch erklären, dass nach Wurz[1]) und Lermoyez[2]) der Nasenschleim eine ausserordentlich starke bakterientödtende Wirkung besitzen soll.

Die später aufgetretenen mehrfachen Recidive sind wohl als Sekundärinfection auf dem Wege der Blut- und

[1]) Le Pouvoir bactéricide du mucus nasal.

[2]) Annales des maladies de l'oveille etc. Paris 1893, S. 661.

Lymphbahn aufzufassen, verursacht durch kleine zurückgebliebene tuberkulöse Herde in der Nase.

Da aber immer wieder und wieder trotz energischer Behandlung Recidive eingetreten sind, so lässt sich auch nicht ganz von der Hand weisen, dass doch noch in den inneren Organen eine latente tuberkulöse Stelle als Ausgangspunkt der Infektion vorhanden gewesen sein kann; allerdings ist dann der Umstand sonderbar, dass gerade in der Nase die wiederholten Eruptionen stattgefunden haben und nicht an anderen Orten, zumal auch Störk sagt: Betrachtet man wie oft die durch den Blut- und Lymphstrom vertragene Tuberkulose an anderen Orten auftritt, so bleibt die Anzahl der an Nasentuberkulose erkrankten Individuen eine relativ geringe.

Die Recidivirung an und für sich ist in diesem Falle ja etwas zahlreich, aber nicht gerade etwas Besonderes.

Wir ersehen aus der Litteratur, dass die Tuberkulome der Nase, seien sie primär, seien sie secundär entstanden, in der Mehrzahl eine besondere Neigung zu Recidiven aufweisen. Die Therapie scheint daher wenig Erfolge aufzuweisen.

Störk meint, dass bei den Geschwülsten, welche durch einen allgemeinen Prozess veranlasst sind, jegliche Eingriffe wenig Hoffnung zur Heilung bieten. Man kann überhaupt nur dann auf Erfolg rechnen, wenn man die Tuberkulome mit sammt ihrer Basis entfernt, d. h. die tuberkulöse Schleimhaut, das submuköse Gewebe, das Perichondrium und das Chondrium zerstört.

Wie aber schon erwähnt, pflegen auch bei primären

Tuberkulomen, bei denen selbst die Radicaloperation gemacht worden ist, meistens wieder Recidive aufzutreten.

Man hat sich deshalb bei der Diagnose: „Primäre Tuberkulose“ immer wieder klar zu machen, dass im Körper doch noch eine nicht erkannte oder nicht zu erkennende tuberkulöse Stelle als Ausgangspunkt der Infection vorhanden sein kann.

Man darf aber dann praktisch von einer primären Tuberkulose reden, wenn eine genaue Untersuchung keinerlei sonstige Lokalisation der Krankheit nachweisen lässt.

Die grosse Mehrzahl der Fälle ist jedenfalls secundär und zwar secundär zu einer Lungentuberkulose; und deshalb dürfte der therapeutische Erfolg auch in den meisten Fällen zweifelhaft sein.

Bei unsern Eingriffen verwenden wir die kalte Schlinge, galvanokaustische Schlinge und den scharfen Löffel, um den Tumor zu entfernen; dabei blutet es bisweilen mässig, doch manchmal so stark, dass man tamponiren muss. Die Basis wird energisch mit dem Galvanokauter geätzt.

Die Prognose scheint, meint Chiari, trotz der grossen lokalen Recidivfähigkeit quo ad vitam eine gute zu sein, da unter den 27 Fällen nur sieben erwähnt werden, bei denen allgemeine Tuberkulose auftrat; dazu ist noch zu bemerken, dass sechs derselben schon zur Zeit der Beobachtung des Nasentumors an allgemeiner Tuberkulose litten. Nur in einem Falle folgte dem Auftreten des Tumors nach circa einem halben Jahre miliare Tuberkulose, der der Kranke bald erlag.

In unserem Falle ist zwar ein abermaliges Recidiv nicht ausgeschlossen, jedoch die Prognose quo ad vitam günstig zu stellen, da die Patientin von vornherein keine anderen tuberkulösen Krankheitsheerde aufwies, und auch während der langen Beobachtungszeit von vier Jahren ihr Allgemeinzustand ein vollkommen guter geblieben ist.

Zweiter Fall.

J. L., ein 39 Jahre alter russischer Handelsmann, der frühzeitig gealtert aussieht, klagt über Beschwerden beim Athmen durch die Nase besonders in der linken Nasenhälfte. Der Anfang der Krankheit datirte seit etwa $1^1/_2$ Jahren, bis zu jener Zeit sei er stets gesund gewesen. Zeichen für Lues sind keine vorhanden. Die Nase ist nicht aufgetrieben, doch sieht man aus dem linken Nasenloche einige Millimeter weit einen Tumor herausragen, der an der Oberfläche mit kleinen Höckerchen versehen, ulcerirt und mit grünlichem Schleim bedeckt ist. Bei Sondenberührung blutet er leicht und fühlt sich sehr weich an; seine Grösse ist die einer grösseren Kirsche.

Ferner zeigt sich auf dieser Seite eine starkwinklige Vorbiegung der knorpeligen Nasenscheidewand im oberen Drittel nach links. Vom Boden dieser Knickung geht der Tumor aus.

Bei der Besichtigung der rechten Nasenhälfte constatirt man direct am Nasenboden eine etwa bohnengrosse, länglich platte hahnenkammartig zulaufende Geschwulst von der Farbe der umgebenden Schleimhaut, welche aber eine leicht granulirte Oberfläche hat.

Da Patient ausserdem über Heiserkeit klagt, die aber erst mehr in der letzten Zeit seiner Erkrankung aufgetreten sei, wird auch der Kehlkopf einer Untersuchung unterzogen und dabei folgendes Bild gefunden:

Das rechte Stimmband ist völlig normal, das linke gleichfalls, indessen ist letzteres ein klein wenig überlagert vom falschen Stimmband. Im vorderen Drittel desselben sieht man einen Tumor von der Grösse einer kleinen Erbse, der von der Schleimhaut des Morgagnischen Ventrikels ausgeht. Die Farbe ist etwas heller röthlich als die der umgebenden Schleimhaut.

Diese drei beschriebenen Tumoren wurden theils mit der kalten Schlinge, theils mit dem scharfen Löffel entfernt, und die Geschwürsgründe energisch mit dem Galvanokauter geätzt. Die dabei auftretende Blutung war mässig.

Die Untersuchung von excidirten Stücken dieser drei Geschwülste, die Herr Privatdozent Dr. Askanazy in freundlichster Weise ausführte, ergab bei allen drei ziemlich die gleichen Resultate: Sie bestanden aus Granulationsgewebe, in denen sich kleine Verkäsungsherde mit vereinzelten Langhans'schen Riesenzellen befanden. Die Oberfläche war mit diphtheridem Schorf bedeckt. Die Epitheldecke wurde zum Theil von Plattenepithel gebildet, zum Theil war sie defect.

Tuberkelbacillen konnten trotz mehrfacher Untersuchung nirgends gefunden werden.

Ausserdem hatte der Patient auf dem Kopfe in der Mitte der Medianlinie ein markstückgrosses, flaches, mit kleinen schlaffen Granulationen bedecktes Geschwür mit

nicht unterminirten Rändern und mit gelbem eitrigen Sekret bezogen.

Herr Dr. Kafemann schickte den Patienten deshalb in die Poliklinik des Herrn Prof. Caspary, welcher das Geschwür in Rückblick auf die anderen tuberkulösen Krankheitsherde gleichfalls als ein tuberkulöses glaubte ansprechen zu dürfen. Eine mikroskopische Untersuchung des Geschwürssekretes fand nicht statt. Das Ulcus wurde mit Aristolsalbe behandelt und in ungefähr 14 Tagen zur Heilung gebracht.

Der Mann wurde darauf als vollkommen geheilt entlassen.

Als er sich nach längerer Zeit wieder vorstellte, waren Recidive nicht eingetreten.

Epicrise.

Trotz des negativen Befundes von Tuberkelbacillen kann man auch hier aus dem histologischen Ergebniss allein mit einiger Sicherheit schliessen, dass es sich um tuberkulöse Granulationsgeschwülste handelt.

Zieht man bei unserem Patienten die Aetiologie in Betracht, so muss zunächst betont werden, dass hier trotz genauester Untersuchung der Lungen keine Anzeichen für Tuberkulose gefunden werden konnten. Patient hat niemals Haemoptoe gehabt und hustet nicht. Auch ergab die Anamnese keinen Anhalt für erbliche Belastung. Der Mann war zwar heiser, doch ist diese Heiserkeit erst in der letzten Zeit aufgetreten.

Es muss also auch in diesem Falle angenommen werden, dass es sich um primäre Tuberkulose handelt.

Und zwar lässt der Sitz des einen Tumors vorne an der Nase, welcher sogar einige mm aus dem linken Nasenloche hervorragte, dahin schliessen, dass die Infection von aussen her durch Verunreinigung oberflächlicher Excerartionen in der Nase durch tuberkelbacillenhaltiges Secret stattgefunden hat.

Der rechtsseitige Tumor sass an einer ungewöhnlichen Stelle, dem Nasenboden. Das scheint durchaus bemerkenswerth zu sein und zeichnet diesen Fall vor den anderen aus, da in keinem derselben die Tumoren einen derartigen Sitz hatten. Weil der Patient erst später über Heiserkeit zu klagen anfing, so scheint die Kehlkopfaffection von der ursprünglichen Infection aus erst weitergeleitet zu sein.

Diese Weiterleitung auf den Kehlkopf kann ihrerseits wiederum erstens primär erfolgt sein durch Inficierung von Rissen und Epitheldefecten des Kehlkopfs durch tuberkelbacillenhaltiges Sekret aus der Nase, da sich auch im Larynx, wie Schmidt in seinem Lehrbuch: „Die Krankheiten der oberen Luftwege“ angiebt, leicht solche Epitheldefecte und Erosionen finden; zweitens sekundär durch den Blut- und Lymphstrom von ebendaher.

Eine primäre Kehlkopfschwindsucht wurde bis vor noch nicht gar langer Zeit einfach in Abrede gestellt — Störk erkennt eine solche auch jetzt noch absolut nicht an — doch ist sie in letzterer Zeit sowohl durch klinische Beobachtungen, als auch durch eine Reihe von Sektionsbefunden sicher gestellt. So betonen Schech, Trousseau und Belloc die Existenz einer primären Larynxtuber-

kulose, und die nöthigen histologischen Beweise sind durch Orth und E. Fränkel erbracht worden.

Kehlkopftuberkulome speciell sind in der Litteratur mehrfach beschrieben worden. Die wichtigste Arbeit auf diesem Gebiet ist der in der Deutschen medicinischen Wochenschrift 1891 pag. 973 von Avellis veröffentlichte Aufsatz über tuberkulöse Larynxtumoren.

Der Autor hält gerade die Tumorart als charakteristisch für primäre Larynxtuberkulose und meint, dass sie bei Phthise überhaupt im allerfrühesten Stadium derselben vorzukommen pflegt.

In unserem Fall möchte ich doch die Secundärinfection des Kehlkopfs für am wahrscheinlichsten halten, da der Patient erst nach der Erkrankung der Nase Symptome für eine Larynxaffection aufwies.

Die Entstehungsweise des Geschwürs auf dem Kopfe, welches auch für ein tuberkulöses gehalten wurde, ist zweifelhaft. Es kann eine secundäre Folge sein. In der Deutschen medicinischen Wochenschrift 1892 pag. 1033 findet sich eine Abhandlung von Doutrelepont über Haut- und Schleimhauttuberkulose. Er führt hier aus, dass in der Haut ebenso wie in dem ganzen Körper die massenhaft in den Kreislauf gerathenen Bacillen eine secundäre Tuberkulose hervorrufen können, welche die verschiedensten Bilder darbietet, von kleinen Infiltrationen bis tief zerstörenden Geschwüren und Neubildungen in Form von Tumoren.

Zweitens kann das Ulcus auch hervorgerufen worden sein durch den kratzenden mit Bacillen behafteten Fingernagel, zumal die Unsauberkeit und Unreinlichkeit der

Homines polonici bei der grossen Mehrzahl derselben allgemein bekannt ist.

Zur Annahme der tuberkulösen Natur dieses Geschwüres war man berechtigt in Hinblick auf die anderen tuberkulösen Geschwülste. Etwas eigenthümlich ist allerdings die gar so schnelle Ausheilung desselben durch blosse Anwendung von Salben.

Die Prognose ist bei unserem Falle besonders günstig. Das Allgemeinbefinden des Mannes war ein gutes und ist auch ein gutes geblieben. Nach der Exstirpation der Tumoren traten keine Recidive auf. Auch das Geschwür auf dem Kopfe heilte aus.

Die Differentialdiagnose wird die Abgrenzung gegen andere Tumoren zur Aufgabe haben und ist bei Nasengeschwülsten von ganz besonderem Werth, da eine Coexistenz von der Struktur nach ungleichartigen Tumoren in der Nasenhöhle bisweilen beobachtet worden ist.

Diesbezügliche Angaben sind in der Litteratur sehr selten verzeichnet. Hopmann giebt in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. Berlin, August 1895, Jahrg. XIX, No. 8 in einer Tabelle über Nasenpolypen an, dass er mehrere Fälle beobachtet habe, bei denen es sich ausser den gewöhnlichen Nasenschleimpolypen auch um harte Fibrome handelte, und einen, welcher ausser Polypen ein Epithelcarcinom zeigte. Wie aus unserem ersten Fall ersichtlich, ist hier der Tumor von vornherein für ein Sarkom gehalten worden.

In der That können mit Tuberkulomen am ehesten weiche, gefässreiche Sarkome des Septums verwechselt werden, welche die kleinhöckrige Oberfläche, die Neigung

zu Blutungen und die markige Consistenz mit ihnen theilen, doch greifen sie eher auf Knochentheile über und recidiviren nach gründlicher Extirpation nicht so leicht.

Die Unterscheidung von Carcinom dürfte zu den schwierigsten gehören. Hier wird oft erst die mikroskopische Untersuchung einer herausgenommene Probe zu klarer Erkenntniss verhelfen. Die Carcinome sind in der Regel härter als die Tuberkulome. Auch wird man bei ihnen häufiger Drüsenschwellungen finden. Ferner fehlen ihnen die für Tuberkulome charakterischen kleinen Knötchen am Rande der Geschwülste.

Hauptsächlich wird es sich um die Unterscheidung zwischen Tuberkulose und Syphilis handeln.

Die Gummiknoten des Septums sind durch weitgehende Infiltration der Nachbarschaft, glatte Beschaffenheit der Oberfläche, centrale Erweichung, sowie durch die dadurch entstehenden tiefgreifenden runden Geschwüre gekennzeichnet, welche ihre charakteristischen Merkmale haben. Sie haben scharf ausgeschnittene, wie mit dem Locheisen ausgestemmte Ränder; die tuberkulösen sind buchtiger mit flachen, wie unterminirten Rändern. Letztere sind häufig mit kleinen rothen Granulationen besetzt; die syphilitischen sind schroffer, granuliren weniger, erscheinen auch härter im Gegensatz zu den tuberkulösen, welche einen weichen Eindruck machen.

Die Gummata greifen ferner in der Regel auf den knöchernen Theil der Nase über, was bei den Tuberkulomen eine grosse Ausnahme ist.

In zweifelhaften Fällen räth Schmidt, Jodkali in

nicht zu kleiner Dosis zu geben. Nach seiner Erfahrung genügen 2 bis 3 gr pro die, um in 8 bis 14 Tagen eine Diagnose stellen zu können.

Das Rhinosclerom ist durch seine besonderen Eigenthümlichkeiten, als Knorpelhärte, Betheiligung der Nasenflügel und Oberlippe, die so häufige Erkrankung des Rachens oder Nasenrachenraums hinreichend vor Verwechlung geschützt.

Das sehr seltene Osteom, Enchondrom und die viel häufigeren Cristenbildungen des Septums sind durch ihre Härte und ihr sehr langsames Wachsthum resp. durch ihre wollige Stabilität genugsam gekennzeichnet.

Der Schleimpolyp und das Fibrom des Septums zeichnen sich aus durch ihre Stielung, ihre Consistenz, ihre glatte Oberfläche und ihre geringe Neigung zu Blutungen.

Nur die weichen hahnenkammartigen Wucherungen am Septum und am Nasenboden, begleitet von einer Hyperplasie einzelner Theile der Nasenschleimhaut besonders der unteren oder mittleren Muschel, welche eine sehr häufige Erscheinung bei chronischer Rhinitis sind, können grosse Aehnlichkeit mit Tuberkulomen haben, da letztere bisweilen auch hahnenkammartigen Wucherungen aufweisen. Jene sind aber mit glatter Schleimhaut überzogen; ferner fehlt ihnen die markige, brüchige Beschaffenheit der tuberkulösen Geschwülste. Mikroskopisch enthalten sie alle Charaktere der Schleimhaut im entzündlichen Stadium.

Grössere Wucherungen bei Lupus vulgaris können wohl an und für sich den Tuberkulomen sehr ähnlich

sein; aber die hier nie fehlenden kleinen papillären Primäreffloreszenzen der Schleimhaut oder die Knötchen der Haut, sowie die meist in Nase und Rachen vorhandenen Primäraffecte, Knoten, Geschwüre und Narben, überhaupt die weite Ausbreitung der lupösen Prozesse schützen leicht vor fehlerhafter Diagnose.

In unserem Falle sass unter anderen, wie erwähnt, direct am Nasenboden eine etwa bohnengrosse, länglich glatte hahnenkammartig zulaufende Geschwulst.

Aus diesem Befunde allein hätte man vielleicht auf eine chronische hyperplastische Rhinitis schliessen können.

Aber die höckrige granulirende Oberfläche dieser Geschwulstmasse im Zusammenhange mit dem Befunde der anderen Geschwülste, welche die typische äussere Beschaffenheit tuberkulöser Tumoren aufwiesen, sprachen doch gegen diese Diagnose.

Zum Schlusse sei es mir noch gestattet, Herrn Dr. Kafemann für die Anregung zu dieser Arbeit, für die liebenswürdige Ueberlassung des Materials und für seine freundliche Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Thesen.

1. Der Kaiserschnitt ist der Symphyseotomie vorzuziehen.
2. Die Behandlung des Ulcus ventriculi mit Ernährungsklystiren ist den übrigen Behandlungsmethoden vorzuziehen.

Lebenslauf.

Zu Königsberg i. Pr. am 1. Dezember 1865 geboren, erhielt ich meine Gymnasialbildung in Königsberg und Gumbinnen. Von Ostern 1887 bis Ostern 1888 studirte ich in Berlin Jura. Von da ab widmete ich mich dem Studium der Medicin an der Berliner Universität und an der Albertus-Universität. Ostern 1890 machte ich mein Physicum. Im Wintersemester 1892/93 bestand ich die Staatsprüfung und am 23. Juli 1896 das Examen rigorosum. Seit 1893 bin ich praktischer Arzt in Hohenstein, Ostpr.

Vorlesungen hörte ich bei folgenden Herren Professoren und Privatdocenten.

In Berlin:

du Bois Reymond, Hartmann, v. Hofmann, Schulze, Waldeyer.

In Königsberg:

Braun, Caspary, Chun, Dohrn, v. Esmarch, Fränkel, Hermann, v. Hippel, Jaffe, Langendorff, Lichtheim, Lossen, Mikulicz, Münster, Nauwerck, Neumann, Ritthausen, Schirmer, Schreiber, Stieda, Treitel, Zander.

Allen diesen, meinen verehrten Lehrern, sage ich an dieser Stelle für den genossenen Unterricht meinen herzlichsten Dank.

A. 25